

Tradução e adaptação para a língua portuguesa do *In-Hospital Utstein Style**

TRANSLATION AND ADAPTATION OF THE *IN-HOSPITAL UTSTEIN STYLE* INTO THE PORTUGUESE LANGUAGE

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN AL IDIOMA PORTUGUÉS DEL INSTRUMENTO *IN-HOSPITAL UTSTEIN STYLE*

Patrícia do Amaral Avansi¹, Paolo Meneghin²

RESUMO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento potencialmente letal e a qualidade do atendimento prestado depende da agilidade, conhecimento e habilidade de toda a equipe envolvida. Desenvolvido em 1997, o *In-hospital Utstein Style* é um relatório padrão para coleta de dados significativos em PCR. O estudo objetivou realizar a tradução e adaptação à língua portuguesa do instrumento. O instrumento foi submetido ao processo de tradução e adaptação cultural. O resultado deste processo gerou um instrumento aplicado em fase de pré-teste a 20 pacientes vítimas de PCR. As variáveis de resultado não foram coletadas, pois pressupõe o acompanhamento destes pacientes ao longo do tempo. O ritmo de PCR mais comum foi atividade elétrica sem pulso (65%); o tempo médio para desfibrilar foi de 1,25 minutos. Houve itens sem resposta. Podemos concluir que o instrumento é aplicável à realidade brasileira, buscando melhor atendimento ao evento da PCR.

DESCRITORES

Enfermagem em emergência.
Parada cardíaca.
Ressuscitação cardiopulmonar.

ABSTRACT

Cardiopulmonary arrest (CPA) is a potentially lethal event in which the quality of the service depends on agility, knowledge and the skills of all of the involved team. The development of the guide identifying the significant points during the procedure of an in-hospital CPA appeared in 1997, with the creation of the *In-Hospital Utstein*. The purpose of this study was the translation and adaptation of the procedures into the Portuguese language. Outcomes of this process resulted in a pre-test instrument administered on 20 CPA patients. The outcome variables were not collected, because it involved accompanying these patients over a lengthy period of time. The most common CPA rhythm was pulseless electrical activity (65%); the defibrillation average time was 1.25 minutes. Some information was not recorded. In conclusion, the instrument is adaptable to the Brazilian reality, therefore improving care administered during the CPA event.

KEY WORDS

Emergency nursing.
Heart arrest.
Cardiopulmonary resuscitation.

RESUMEN

El paro cardiopulmonar (PCP) es un estado potencialmente letal, donde la calidad del servicio depende de la agilidad, conocimiento y habilidad del equipo involucrado. El *In-hospital Utstein Style* fue elaborado en 1997. Este instrumento que recolecta datos de importancia durante un PCP fue traducido y adaptado al portugués. De esta forma fue sometido al proceso de traducción y adaptación cultural. Se obtuvo como resultado un instrumento, el cual fue aplicado a 20 víctimas de PCP a través de un pre-test. Las variables de resultado no fueron consideradas en la recolección de datos, pues suponía el seguimiento de los pacientes por un periodo prolongado. El ritmo del PCP más común fue la actividad eléctrica sin pulso (65%) y el tiempo promedio de desfibrilación fue de 1,25 minutos. Algunos ítems no fueron respondidos. Se concluye que el instrumento puede ser aplicado al contexto brasileño, en busca de una mejor atención en casos de PCP.

DESCRIPTORES

Enfermería de urgencia.
Paro cardíaco.
Resucitación cardiopulmonar.

* Extraído da dissertação "Tradução e validação para a língua portuguesa do 'In-hospital Utstein Style'", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2007. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, SP, Brasil. patyamara@terra.com.br ² Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, SP, Brasil. paolomen@usp.br

INTRODUÇÃO

A parada cardiorrespiratória (PCR) é tida como a súbita perda de consciência, por falta de fluxo sanguíneo cerebral adequado, causada pela cessação do funcionamento cardíaco, que deixa de atuar como bomba⁽¹⁾.

Conseqüências irreversíveis podem acontecer a uma vítima de PCR, sendo o fator *tempo* de grande importância para os resultados. A necrose de neurônios e o edema celular são situações possíveis, devido à falta de adequada oxigenação cerebral⁽²⁾.

Para evitar tais conseqüências, incentiva-se os profissionais da área hospitalar, treinados em cursos de aperfeiçoamento, a utilizar as recomendações e guias elaborados por associações e comitês internacionais, a fim de se alcançar uma ressuscitação cárdio-pulmonar (RCP) de alta qualidade⁽³⁾.

Ao mesmo tempo, sabe-se que o monitoramento dos esforços de ressuscitação e o *feedback* para o profissional aumentam as chances de uma assistência qualificada e em consonância com as pesquisas internacionais⁽³⁾.

A introdução do conceito da cadeia de sobrevivência reforça a importância do fator *tempo* no atendimento à PCR⁽⁴⁾. Composta por 4 fases: acesso rápido; instalação rápida de suporte básico de vida; rápida desfibrilação e rápida instalação de suporte avançado de vida, instiga leigos e profissionais da saúde à busca pela agilidade no atendimento e no desenvolvimento futuro de práticas de pesquisa em PCR⁽⁴⁾.

O que as autoridades no atendimento à PCR ressaltam como importante, é que a RCP de alta qualidade é aquela realizada adequadamente, sendo capaz de salvar vidas⁽⁵⁾.

Para que os dados de atendimento à PCR pudessem ser agregados e analisados de forma única, foi desenvolvido um guia de orientações com um relatório padrão para coleta de dados de PCR. Este relatório foi disponibilizado no guia de orientação acerca de coleta de dados em PCR, desenvolvido em 1997: o *In-hospital Utstein Style*⁽⁶⁾.

O relatório padrão divide-se em blocos de informações relativas ao paciente, ao momento da PCR, aos resultados atingidos após o atendimento, e informações adicionais acerca do evento.

As informações referentes ao paciente são coletadas de forma retrospectiva; as informações referentes ao momento no evento são coletadas no momento em que este acontece e aquelas que se reportam aos resultados da ressuscitação, colhidas com o acompanhamento de cada indivíduo ao longo de sua permanência no hospital e, de até um ano, após sua alta.

A avaliação neurológica para acompanhamento é feita pela escala de Coma de Glasgow e pela escala de Categoria de Performance Cerebral.

Este relatório, já de uso internacional, trouxe a padronização em pesquisas na área de PCR, possibilitando comparações de condutas e resultados, bem como discussões sobre a qualidade da atuação dos profissionais.

Desta forma, sua utilização em nossa realidade traz ganhos no estudo do atendimento à PCR no Brasil, permite análises comparativas com estudos internacionais, com vistas a uma assistência com qualidade. Para tanto se faz necessário seu processo de tradução e adaptação cultural.

Este estudo tem por objetivo, portanto, traduzir para a língua portuguesa e adaptar o *In-hospital Utstein Style*, disponibilizando seu uso para nosso meio.

MÉTODO

Antes de iniciar este estudo, foi solicitada à *American Heart Association* (AHA), autorização para utilizar o instrumento cujos direitos autorais estavam reservados pela editora Lippincott Williams & Wilkins, nos Estados Unidos. Após enviar correspondência explicando o motivo da solicitação, bem como os objetivos do estudo, a editora consentiu na utilização do instrumento para tradução e adaptação.

Da mesma forma a pesquisa obteve autorização do Comitê de ética da Escola de Enfermagem as USP e da instituição na qual os dados foram colhidos.

O processo de tradução e adaptação transcultural do *In-hospital Utstein Style*, pautou-se nas determinações metodológicas recomendadas pela literatura⁽⁷⁻⁸⁾.

Sobre o *In-hospital Utstein Style* pode-se dizer que é um instrumento objetivo que permite, por meio da padronização de informações relevantes no atendimento à PCR, comparar resultados inter e intra-hospitalar visando à melhoria da qualidade na assistência⁽⁶⁾.

O desenvolvimento de instrumentos contendo informações objetivas, permite mais facilmente a comparação de resultados no cuidado, diminuindo a subjetividade durante a coleta de dados⁽⁹⁾.

A escolha de um instrumento criado em outra cultura e idioma traz ao pesquisador o desafio de torná-lo adaptado à sua realidade cultural, por meio dos processos de tradução e adaptação transcultural.

Um instrumento cuja natureza dos itens seja predominantemente técnica torna o caminho de tradução e adaptação facilitado. Considerar a versão traduzida equivalente à original, é considerar o instrumento adaptado⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

O instrumento original foi traduzido por dois tradutores independentes, conforme etapa preconizada pela literatura. A partir dessas traduções, compatibilizaram-se as versões e passou-se à etapa seguinte: a retro-tradução para a língua inglesa, idioma original do instrumento.

Tanto a versão original como a retro-traduzida foram comparadas entre si, e assim chegou-se ao instrumento final, que foi submetido a um comitê de três juizes para análise comparativa entre as versões final em português e o original em inglês.

Os juizes analisaram o instrumento, teceram considerações e fizeram sugestões, muitas das quais consideradas pertinentes e acatadas, com a finalidade de tornar o instrumento o mais adaptado possível à realidade brasileira.

Assim, após as alterações sugeridas pelos juizes, foi possível atingir as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, resultando no instrumento final em português.

O pré-teste se deu em Instituição especializada em área de cardiologia, onde os dados referentes ao momento da PCR foram coletados por profissionais da instituição.

RESULTADOS

Após análise por comitê de juizes e adequação de palavras e expressões coloquiais obteve-se o instrumento para teste, com a finalidade de verificar sua aplicabilidade (Anexo1).

Durante o pré-teste não foi possível aplicar o instrumento às variáveis de resultado, pois, para tal é necessário realizar o acompanhamento dos pacientes ao longo de um ano, o que se dará em pesquisas futuras.

Os dados foram coletados em unidades de terapia intensiva e diagnóstica, bem como unidade de emergência. Foi considerado apenas um evento por paciente.

Por tratar-se de evento que não se pode programar, com a finalidade de pré-teste do instrumento, determinou-se um período de dois meses para a coleta de dados. O total de pacientes que sofreram PCR neste período, excluídos aqueles já admitidos no serviço de emergência em PCR, foi de 20 indivíduos.

Os pacientes estavam internados em unidades críticas: 35,0% em terapia intensiva coronariana, 30,0% em pronto socorro, 25,0% em unidade de terapia intensiva e 10,0% sofreram a PCR em unidade de exame invasivo de cardiologia intervencionista

Neste estudo houve maior número de PCR iniciadas por ritmos não chocáveis, totalizando 16 casos (80,0%), dos quais, 13 casos (65,0%) por atividade elétrica sem pulso (AESP) e 3 (15,0%) por assistolia. Os eventos iniciados por ritmos chocáveis (20,0%) foram: 3 casos (15%) fibrilação ventricular (FV) e apenas 1 caso (5,0%) por taquicardia ventricular sem pulso (TV).

A desfibrilação imediata ocorreu em dois pacientes (10,0%), com intervalo de tempo de menos de 1 minuto

entre a identificação do ritmo e o choque, sem necessidade de compressão torácica externa.

O instrumento final mostrou-se aplicável em nossa realidade, permitindo que se coletassem as informações de forma prospectiva, bem como de forma retrospectiva.

DISCUSSÃO

O monitoramento dos cuidados médicos contribui tanto para melhoria das políticas públicas, como para o cuidado individualizado. Várias são as formas de se obter informações sobre tais cuidados, dentre as quais se inclui o desenvolvimento de instrumentos para a coleta de informações em saúde⁽⁹⁾.

O relatório padrão Utstein Style tem a predominância de questões objetivas, o que dificulta a duplicidade de interpretações tanto para o processo de tradução e adaptação, quanto para sua aplicação na prática.

Durante a aplicação do instrumento, na fase de pré-teste, buscou-se a identificação das mesmas variáveis que estudos internacionais têm discutido, com a finalidade de verificar a aplicabilidade do instrumento em nossa realidade e possíveis falhas na identificação destes elementos em nosso dia-a-dia.

Os ritmos de parada não chocáveis foram os mais observados na amostra deste estudo (AESP em 13,0 % e assistolia em 3,0 %), como observado por outros pesquisadores na literatura, em estudos de aplicação do modelo *Utstein Style* hospitalar⁽¹²⁻¹⁵⁾.

A identificação de ritmo de parada chocável e a rápida desfibrilação, por vezes restabelecem rapidamente a circulação espontânea, sem que haja a necessidade e se instalem outras manobras de ressuscitação, aumentando as chances de sucesso no atendimento e de alta destes indivíduos^(12,16).

Assim, o choque rápido, quando indicado, aumenta a possibilidade de o indivíduo ter sua situação restabelecida; portanto saber em quanto tempo uma equipe é capaz de reconhecer e reverter uma situação como esta, permite aperfeiçoar as manobras de RCP.

É indispensável, portanto, que um serviço conheça como suas equipes atendem a estes eventos e qual sua rapidez e eficiência. Autores relatam que a constituição de uma equipe especializada e bem treinada no atendimento à PCR aumenta o número de pacientes que conseguem atingir o retorno da circulação espontânea (RCE), e posterior alta hospitalar⁽¹⁴⁾.

A possibilidade de comparação destes dados e o cruzamento de informações por meio do relato das variáveis propostas pelo guia, e usadas atualmente por diversos pesquisadores, permite o avanço de pesquisas na área de atendimento à PCR.

A observação de múltiplos aspectos envolvidos no atendimento à PCR, conforme recomenda o guia Utstein Style mantém o padrão de intervenção em alto nível, tanto para aumentar as possibilidades de sobrevivência dos indivíduos, como também de qualidade de vida⁽¹⁷⁾.

O atendimento à PCR se faz de forma muito dinâmica, requer dos profissionais envolvidos tanto competência quanto agilidade no uso de suas habilidades. Desta forma, existe a possibilidade de os dados relacionados aos intervalos de tempo, durante o atendimento, sofrerem desvios na coleta⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Para tanto, ainda faz-se necessário treinar equipes de atendimento a fim de utilizar os registros Utstein em seu dia-a-dia, fazendo que as pessoas se familiarizem com a terminologia padronizada e a grande importância que existe em se registrar o atendimento dispensado ao evento da PCR.

As informações referentes ao momento em que ocorre o evento são difíceis de serem conseguidas de forma retrospectiva, já que não faz parte de nossa realidade o hábito de descrever, em prontuário, os intervalos de tempo durante o atendimento de forma tão detalhada quanto recomenda o guia.

REFERÊNCIAS

1. Kouwenhoven WB, Jude RB, Knickerbocker GG. Closed chest massage. *JAMA*. 1960;173(10):1064-7.
2. Sousa RMC, Pedreira AR, Ribeiro PVC. Vítimas de trauma com ou sem traumatismo cranioencefálico após parada cardiopulmonar. *Rev Bras Neurol*. 1999;35(1/2):1-10.
3. Abella BS, Alvarado JP, Beng HM, Edelson DP, Barry A, O'Hearn N, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during In-Hospital cardiac arrest. *JAMA*. 2005;293(3):305-10.
4. Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: "the chain of survival concept": a statement for health professionals from the 20 Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and Emergency Cardiac Care Committee. *Circulation*. 1991;83(5):1832-47.
5. American Heart Association (AHA). Aspectos mais relevantes das diretrizes da American Heart Association sobre ressuscitação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência. *Curr Emerg Cardiovasc Care*. 2005/2006;16(4):1-27.
6. Cummins RO, Chamberlain DA, Hazinski MF, Nadkani V, Hloek W, Kramer E, et al. Recommended guideline for uniform reporting and conducting research on in-hospital resuscitation: The In-Hospital Utstein Style. *Circulation*. 1997;95(8):2213-39.
7. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guideline. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
8. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
9. McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. London: Oxford University Press; 1996.
10. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (N.A.S.) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
11. Nunes B. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de gravidade na UTI: TISS-28 Therapeutic Intervention Scoring System [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
12. Sandroni C, Ferro G, Santangelo S, Tortora F, Mitsura L, Cavallaro F, et al. In-hospital cardiac arrest: survival depends mainly on the effectiveness of the emergency response. *Resuscitation*. 2004;62(3):291-7.
13. Patrick A, Rankin N. The In-Hospital Utstein Style: use in reporting outcome from cardiac arrest in Middlemore Hospital 1995-1996. *Resuscitation*. 1998;36(2):91-4.

CONCLUSÃO

O processo de tradução e adaptação do *In-hospital Utstein Style* para a língua portuguesa originou um instrumento aplicável em nossa realidade.

Para que todo o potencial do instrumento seja aproveitado é necessário treinar as equipes e sensibilizá-las quanto à importância dos registros de atendimento, gerando dados que são utilizados em pesquisas de aperfeiçoamento de pessoal, mudanças de condutas clínicas e aumento na taxa de sobrevivência com qualidade.

14. Henderson SO, Ballesteros D. Evaluation of a hospital-wide resuscitation team: does it increase survival for in-hospital cardiopulmonary arrest? *Resuscitation*. 2001;48(2):111-6.
15. Skrifvars MB, Saarinen K, Ikola K, Kuisma M. Improved survival after in-hospital cardiac arrest outside critical care áreas. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2005;49(10):1534-9.
16. Spearpoint KJ, McLean CP, Zideman DA. Early defibrillation and chain of survival in In-hospital adult cardiac arrest: minute count. *Resuscitation*. 2000;44(3):165-9.
17. Gullo A. Cardiac arrest, chain of survival and Utstein Style. *Eur J Anaesthesiol*. 2002;19(9):624-33.

ANEXO 1

RELATÓRIO PADRÃO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR HOSPITALAR

Nome _____

Data de nascimento ___/___/___

Idade _____

M () F () Desconhecido ()

Data de admissão ___/___/___

RH (Registro Hospitalar) _____

1. Data do Evento ___/___/___

dia mês ano

2. Local

() unidade coronariana () unidade de terapia intensiva

() departamento de emergência () área cirúrgica

() ambulatório () unidade de cuidados gerais

() unidade de diagnósticos e intervenção

() outros _____

3. Testemunhado ?

() sim () não () desconhecido

Monitorizado ?

() sim () não

4. Intervenções do SAVC no momento do evento (marque as realizadas)

() nenhuma () intubação

() acesso intravenoso (IV) () ventilação mecânica

() medicamentos IV () desfibrilador/

() monitor de ECG cardioversor implantável

() cateter intra-arterial

Variáveis do Evento

5. Causa imediata (marque apenas uma opção)

- arritmia letal
- hipotensão
- depressão respiratória
- alteração metabólica
- isquemia ou infarto do miocárdio
- desconhecida
- outra _____

6. Tentativa de ressuscitação ?

- sim (marque todas as intervenções realizadas)
 - compressão torácica
 - desfibrilação
 - abertura de via aérea
- não (marque apenas uma opção)
 - encontrado morto
 - injustificável
 - DNR- disposição de não ressuscitação

7. Condição inicial

- consciente ? sim () não ()
- respirando ? sim () não ()
- pulso presente ? sim () não ()

8. Ritmo inicial

- fibrilação ventricular - FV () bradicardia
- taquicardia ventricular - TV () assistolia
- atividade elétrica sem pulso – AESP
- ritmo com perfusão

9. Horários do evento

(horários destacados serão utilizados para calcular os intervalos da cadeia de sobrevivência hospitalar segundo AHAEER)

início/colapso __: __

acionada equipe de RCP __: __

chegada da equipe de RCP __: __

parada confirmada __: __

início da RCP __: __

1° choque de desfibrilação __: __

liberação de vias aéreas __: __

1° dose de epinefrina __: __

Variáveis do Resultado

10. Hora da reanimação

horário __:__ data __:__

11. Resultado do evento no hospital (marque apenas uma opção)

alta hospitalar data __:__

destino pós – alta: outro hospital ___ domicílio ___
instituição de cuidado crônico ___ outro ___

CPC* no momento da alta _____

Glasgow** total _____ (ocular ___ verbal ___ motor ___)

morte hospitalar (RCE > 24 horas) data __/__/__

12. Vivo em 6 meses ?

sim (CPC) = ___ não (data do óbito) __/__/__

desconhecido

13. Vivo em 1 ano ?

sim (CPC) = ___ não (data do óbito) __/__/__

desconhecido

14. Se morreu, principal causa do óbito

coronariopatia

câncer

trauma

outra condição médica

15. CID – código: _____

16. Fonte da informação (para 14 e 15)

prontuário / registro médico

atestado de óbito

médico do paciente

necrópsia

outra

Informações Adicionais

17. Provedor da RCP

enfermeiro

médico

fisioterapeuta

assistente clínico

outro

*CPC (categoria da performance cerebral) 1-boa 2-moderada 3-severa 4-comatoso 5-morte cerebral
**ECG (escala de coma de Glasgow) ocular 1-4 verbal 1-5 motor 1-6

18. Horário da intubação

__ : __

19. Tratamento durante o evento (abaixo)

Hora	Anotações	Sinais Vitais	Ritmo	Desfibrilação (J)	Medicações	Dose/Via

Por favor, checar se todas as informações estão completas e acuradas